



Genre et COVID-19 : un programme mondial de recherche

Présentation du contexte

Depuis le début de la pandémie, les interactions entre sexe, genre et COVID-19 ont été complexes et en constante évolution. Outre les effets directs du sexe biologique et les différences de genre socialement construites sur la morbidité et la mortalité liées à la COVID-19 (avec des taux plus élevés de formes graves et de décès chez les hommes), les réponses à la pandémie ont amplifié les inégalités existantes entre les sexes, les femmes supportant payant le lourd tribut des effets indirects sur la santé et de l'impact socio-économique. Au-delà de ce constat général, le contexte et les influences conjuguées d'autres déterminants sociaux et/ou identités (comme la race, l'origine ethnique, le statut LGBTQIA ou la situation de migrant, etc.) ont exacerbé les effets catastrophiques sur la santé pour des catégories spécifiques de femmes, d'hommes et de personnes de diverses identités de genre.

Très tôt, des appels et actions de plaidoyer de la part de militants, chercheurs et décideurs politiques ont souligné la nécessité de contrer et d'atténuer les inégalités croissantes entre les genres dans les mesures adoptées face à la crise. Cependant, les actions en temps réel sont limitées par des préjugés liés au sexe et au genre très répandus parmi les décideurs, tandis que les observations sont peu nombreuses et les systèmes de données incomplets.

Sous la coordination de l'OMS, la communauté scientifique a déployé une mobilisation sans précédent pour identifier des priorités de recherche et mettre en œuvre la [Feuille de route pour la recherche sur la COVID-19](#). Pourtant, les différences liées au sexe et les inégalités entre les genres ne sont pas suffisamment prises en compte dans ces efforts de recherche, ce qui affecte la qualité des résultats scientifiques et l'efficacité des outils mis au point. Alors que le monde entre dans la deuxième année de la crise de la COVID-19, il est essentiel que le sexe et le genre soient inclus dans les investissements de recherche qui inspirent directement les soins et les actions de lutte contre la COVID-19 et le redressement à long terme. À défaut, les solutions scientifiques resteront inadaptées pour une grande partie de la population et nous ne parviendrons pas à transformer l'approche par laquelle les systèmes de santé peuvent servir les populations en améliorant la santé et le bien-être de tous.

Pour remédier à cette lacune, l'Institut international pour la santé mondiale de l'Université des Nations Unies (UNU-IIGH) et l'École de santé publique de l'Université de Western Cape ont organisé conjointement un exercice collaboratif de définition d'un programme de recherche sur le genre et la COVID-19. Le processus est co-développé par l'apprentissage en temps réel et des appels ouverts auprès d'un large éventail de parties prenantes qui contribuent à sa conception, à la définition de sa portée et de son contenu, au moyen de webinaires et d'un forum de discussion communautaire (www.ghhbuzzboard.org). Ce projet collaboratif, ancré dans les pays du Sud, implique plus de 400 intervenants à travers le monde entier pour ses différentes étapes.



Il permettra d'élaborer un programme de recherche partagé, hiérarchisé, pertinent pour les politiques publiques et centré sur les personnes, destiné à la société civile, aux responsables de la mise en œuvre des programmes, aux décideurs politiques, aux bailleurs de fonds et aux chercheurs. Ce programme applique une perspective de genre aux investissements de recherche concernant la COVID-19 et, par la suite, aux actions de programmation et de politique publique.

Cinq thèmes transversaux qui concernent tous les intervenants du secteur de la santé

Thème 1 : État de santé et comportements

Bien qu'il n'y ait aucune différence entre les hommes et les femmes dans les cas confirmés de COVID-19, les hommes présentent un [risque plus élevé](#) de forme grave et de décès. Cela résulte probablement de la conjonction de différences biologiques entre les sexes (immunologiques, hormonales, vasculaires) et de facteurs liés au genre (comorbidités, comportements à risque ou comportements favorisant la santé). De nouvelles données apportent par ailleurs des résultats plus complexes et nuancés au sein de groupes spécifiques de femmes, comme les [femmes ménopausées](#), qui peuvent présenter des risques similaires à ceux encourus par les hommes.

Comme pour d'autres infections virales, il est probable que les différences biologiques dans [l'activité du système immunitaire](#) des femmes et des hommes et sa modulation en fonction des hormones sexuelles jouent un rôle dans la gravité de la maladie. Cela pourrait également expliquer les premières indications dénotant un risque plus élevé de [syndrome post-COVID](#) (ou « COVID long ») chez les femmes.

On sait en outre que les normes et rôles liés au genre induisent des comportements à risque plus élevé (tels que le tabagisme, la consommation d'alcool, l'exposition à des environnements pollués), dont beaucoup sont associés à des comorbidités COVID-19 qui sont [plus fréquentes chez les hommes](#), comme l'hypertension, le diabète, les maladies cardiovasculaires et pulmonaires chroniques. Les comportements de protection et le recours à des interventions non pharmacologiques visant à prévenir l'infection et la transmission de la maladie sont également caractérisés par des différences connues liées au genre, avec de premières indications concernant un [moindre usage du masque et d'un moindre respect](#) des mesures de prévention de la pandémie par les hommes. Il sera essentiel de s'attaquer aux normes et aux inégalités de genre qui motivent la réticence face aux vaccins et limitent la prise vaccinale et la vaccination complète.

Outre la pandémie, la réponse à la pandémie elle-même affecte d'autres résultats sanitaires liés au genre en [perturbant l'accès](#) à des services de santé essentiels (en particulier les services de santé sexuelle et reproductive, ce qui a des répercussions importantes pour la santé des femmes et des jeunes filles). Les mesures d'isolement social et les fermetures d'écoles affectent aussi directement, de diverses manières, la [santé mentale](#) des femmes, des hommes et des personnes de diverses identités de genre, et contribuent à l'augmentation de certains facteurs de risque sexospécifiques pour des maladies non transmissibles (tels que le stress, l'activité physique, les régimes alimentaires).

Thème 2 : R&D sur les options thérapeutiques et les diagnostics

La recherche et le développement de produits dans les domaines du diagnostic, de la thérapeutique, des vaccins et d'autres options médicales contre la COVID-19 négligent dans une large mesure les différences liées au sexe et au genre. Il s'agit d'une grave lacune, compte tenu des données existantes sur les [différences entre les sexes](#) dans les pathologies infectieuses et des [résultats documentés](#) concernant d'autres infections des voies respiratoires (comme la grippe, le SRAS, le MERS), ainsi que des écarts dans les résultats thérapeutiques et vaccinaux.

Une prise en compte insuffisante du sexe dans la science fondamentale et sa traduction en innovation diagnostique et thérapeutique conduit à des préjugés enracinés et à des angles morts qui perpétuent des préjugés, des besoins non satisfaits et des soins sous-optimaux pour les femmes. Parmi les [raisons](#) pour lesquelles les femmes sont exclues de la recherche médicale figurent l'utilisation par défaut du « corps masculin » comme norme, la complexité perçue de l'hétérogénéité hormonale féminine, l'hésitation des femmes à participer aux essais et l'éthique de la protection du fœtus. Les personnes de diverses identités de genre restent elles aussi exclues, en particulier celles qui suivent un traitement d'affirmation de genre modifiant leur profil hormonal, leur constitution et leur physiologie.

Alors même que des politiques réglementaires visent à remédier à ces préjugés dans la recherche, le manque d'application effective des mesures se répète dans l'innovation liée à la COVID-19. Les [essais cliniques concernant la COVID-19](#) présentent rarement leurs principaux résultats par sexe et excluent systématiquement les femmes enceintes (dans les essais de phase 3). La COVID-19 offre l'occasion de remédier à ces préjugés et de remodeler l'écosystème des politiques et pratiques de R&D, grâce à des initiatives synergiques de la part d'organismes de réglementation, d'éditeurs de journaux, de bailleurs de fonds privés et publics de la recherche, de groupes universitaires, de laboratoires de recherche et d'organismes professionnels.

Thème 3 : Prestation de services de santé

Certains des éléments les plus importants de la prestation de services par des systèmes de santé résilients face aux pandémies [actuelles](#) et [antérieures](#) sont la continuité des soins essentiels hors-COVID, la gestion de la capacité de pointe et l'intégration des services de santé. Près d'un an après le début de la pandémie, plus d'un tiers des pays signalent encore des [perturbations](#) au niveau des soins prénatals et postnatals critiques, et plus de 40 % observent des perturbations au niveau des services de planification familiale, de contraception et de lutte contre la malnutrition. La pandémie a mis en évidence la nécessité pour le système de santé d'intégrer des plateformes de prestation de services au niveau des communautés afin d'assurer un accès élargi aux services. Cela passe notamment par une approche de [soins primaires à plusieurs niveaux](#), par le déploiement d'agents de santé communautaire et par des [soins autogérés](#). De plus, la télémédecine et d'autres technologies de santé numérique sont utilisées pour élargir l'accès aux services de santé, y compris en matière de [santé mentale](#) et de [santé sexuelle et reproductive](#). Les inégalités entre les genres et d'autres inégalités en matière d'accès et de connaissances pour [utiliser les innovations de la santé numérique](#) devraient être prises en considération lors du déploiement de ces technologies.

Les femmes, qui représentent [70 %](#) des travailleurs sociaux et de santé, ont été en première ligne dans la lutte contre la pandémie de COVID-19. Pourtant, les personnels de santé [n'ont pas été épargnés](#) s'agissant de l'[accès insuffisant](#) aux produits de prévention contre la COVID-19 ou aux équipements de protection individuelle (EPI). Dans des [contextes humanitaires](#), ils sont confrontés à des problèmes de sécurité supplémentaires liés au risque élevé d'infection, à la violence ou à la stigmatisation. Cependant, les données ne mettent pas suffisamment en évidence les aspects sexospécifiques de la production, de la distribution et de l'utilisation des EPI. Le déploiement des agents de santé communautaire est un volet important des réponses du secteur de la santé à la COVID-19, en particulier dans le [contexte des pays à revenu faible ou intermédiaire](#), et le système de santé se doit d'assurer la sécurité et des conditions de travail décentes pour ce personnel historiquement négligé et souvent féminin.

Enfin, le financement est essentiel : la manière dont les pays choisissent de financer les services mis en place pour lutter contre la COVID-19 peut influencer l'accès aux services selon le genre. Dans de nombreux pays, des ressources de santé ont été réaffectées depuis d'autres services vers la COVID-19, avec des répercussions importantes sur des services tels que la santé sexuelle et reproductive ou la gestion des maladies infantiles.

Thème 4 : Déterminants sociaux de la santé

Les mesures prises en réponse à la COVID-19 ont des effets importants sur plusieurs déterminants sociaux de la santé, avec des différences marquées selon le genre. La violence basée sur le genre (VBG) avait déjà les proportions d'une pandémie, [une femme sur trois](#) subissant des violences physiques et/ou sexuelles au cours de sa vie. L'insécurité économique et les mesures de confinement liées à la pandémie isolent les victimes avec leurs agresseurs et [aggravent](#) les différentes formes de VBG.

Contrairement à d'autres crises économiques, la pandémie a davantage affecté des secteurs à fort taux d'emploi féminin, du fait de sa dimension spécifique de distanciation sociale et de confinement. Les femmes sont nettement [plus susceptibles](#) de perdre leur emploi, alors même qu'elles sont les plus exposées aux conséquences de la pandémie, en raison de leurs revenus et de leurs économies plus faibles, et de leur surreprésentation dans le secteur informel. Cette situation est encore aggravée par l'augmentation de la charge de travail de soins non rémunéré des femmes (déjà disproportionnée) à la suite de la réduction de l'offre de soins formels et informels. Comme lors des crises précédentes, le chômage peut accentuer les déséquilibres de pouvoir, promouvoir des normes inéquitables en matière de genre et l'hétéronormativité, en réduisant l'autonomie économique des femmes et la capacité des hommes à répondre aux attentes associées à la masculinité.

La COVID-19 marquera une génération de 1,5 milliard d'enfants qui ont connu des [fermetures d'écoles](#), avec des [conséquences](#) différentes pour les filles, notamment en termes de décrochage scolaire, de grossesses non désirées, de violence et de limitation des opportunités économiques futures.

Ces effets économiques et sociaux sont en outre exacerbés par la superposition de plusieurs stigmatisations préexistantes, des stigmatisations liées à la santé et les inégalités entre les genres, si bien que des personnes déjà marginalisées et vulnérables sont plus affectées par la pandémie, notamment les personnes handicapées, les personnes âgées, la communauté LGBTQIA et les femmes dans des [situations de crise humanitaire](#). L'attention et les efforts politiques visant à atténuer ces impacts négatifs restent limités, alors que les grands programmes de protection sociale et de relance économique peuvent jouer un rôle déterminant s'ils sont bien ciblés et bien conçus.

Thème 5 : Gouvernance du système de santé

Les lacunes de gouvernance liées au genre dans la nature des réponses à la COVID-19 résident notamment dans le [manque observé de femmes](#) dans les principaux organes d'experts et de décision concernant la COVID-19. Sur les 334 groupes de travail étudiés, les femmes représentaient en moyenne 24 % des effectifs, et n'en dirigeaient que 19 % ([Gender Response Tracker du PNUD](#)). Or, la représentation féminine est importante dans la mesure où les [femmes dirigeantes sont plus susceptibles](#) que les hommes de mentionner les impacts au niveau local et les services sociaux. S'il est essentiel d'améliorer la représentation des femmes dans la direction des instances liées à la COVID-19, le contexte social dans lequel cela s'inscrit a également son importance. Les pays dont le contrat social présente moins d'écarts de pouvoir, une plus grande tolérance à l'incertitude et davantage de collectivisme ont [une mortalité due à la COVID-19 plus faible](#), ce qui est encore amplifié lorsque des femmes, plutôt que des hommes, occupent des fonctions de direction.

L'absence de contribution des femmes et des communautés dans les organes de décision liées à la COVID-19 peut expliquer la nature largement indifférente ou peu soucieuse du genre des mesures nationales adoptées en réponse à la pandémie de COVID-19 ([Gender Response Tracker du PNUD](#) ; [Global Health 50/50 Portal](#)). Le PNUD a examiné plus de 3000 politiques de réponse à la COVID-19 : plus de la moitié étaient peu soucieuses de l'égalité des genres en ce qu'elles laissaient de côté la violence à l'égard des femmes, la sécurité économique des femmes ou le travail de soins non rémunéré.

S'il est nécessaire de mieux comprendre comment un leadership plus équitable aboutit à des politiques COVID-19 plus efficaces qui intègrent la dimension du genre, des recherches supplémentaires sont également nécessaires sur un ensemble plus large de paramètres et de niveaux de gouvernance de la santé qui sont pertinents pour analyser la dynamique du genre face à la COVID-19.

Les pouvoirs d'urgence instaurés pendant la pandémie ont entravé le fonctionnement [autonome](#) des mouvements sociaux représentant des groupes marginalisés. Par ailleurs, les réponses à la pandémie peuvent renforcer incidemment les hiérarchies communautaires. Enfin, la COVID-19 a mis en lumière certaines questions réglementaires, et les dimensions liées au genre des rapports d'essais cliniques, des régimes de brevets et des plates-formes de surveillance numérique, entre autres, doivent être examinées plus en détail.



Aperçu des questions de recherche

(La hiérarchisation de la liste complète des questions de recherche est en cours. Inscrivez-vous [ici](#) pour participer à l'enquête.)

1. État de santé et comportement

Différences entre les sexes et les genres en ce qui concerne les risques, la morbidité et la mortalité liés à la COVID-19 ; l'adoption des interventions non pharmacologiques et des vaccins ; et l'impact sur les résultats de santé hors COVID.

- Quel est le rôle des hormones sexuelles dans l'infection, la morbidité et la mortalité liées à la COVID-19 ?
- Quels sont les effets directs et indirects du syndrome post-Covid en fonction du genre, à la fois sur la santé physique et mentale à long terme ?
- Quelles sont les stratégies les plus efficaces pour améliorer l'adoption d'interventions non pharmacologiques en tenant compte du genre et des facteurs de stratification intersectionnels ?
- Quel est l'impact de la pandémie sur les taux de fausse couche en début de grossesse et d'insuffisance pondérale à la naissance, les grossesses non planifiées, les avortements sécurisés et à risques et leurs résultats ?
- Quel est l'impact de la COVID-19 sur différentes maladies chroniques non transmissibles selon le genre, telles que le cancer, les maladies cardiovasculaires, les maladies cardio-métaboliques, les maladies auto-immunes ?

2. Options thérapeutiques et diagnostic

Prise en compte du sexe biologique (féminin, masculin, intersexué) et du genre (femmes, hommes, personnes de diverses identités de genre) dans la recherche et le développement de produits de prévention de la COVID-19 (y compris les vaccins), de produits thérapeutiques, de dispositifs médicaux, de diagnostics et d'interventions de santé numériques.

- L'innocuité, l'efficacité, les doses et intervalles posologiques optimaux et la durée de protection des différents vaccins contre la COVID-19 varient-ils selon le sexe, le genre et l'âge ?
- Existe-t-il une différence entre les sexes dans la production d'anticorps à la COVID-19 qui affecte les tests diagnostiques ? Si dans l'affirmative, cela est-il pris en compte dans la mise au point et l'utilisation de tests commerciaux, ainsi que dans l'étalonnage et la communication des résultats ?
- Quelles sont les approches réglementaires et sectorielles permettant de garantir la conception et la communication de recherches qui tiennent compte du sexe biologique et du genre par les scientifiques innovateurs et les bailleurs de fonds privés ?
- La valeur et l'acceptabilité des produits thérapeutiques et des vaccins perçues par les utilisateurs différent-elles pour les divers groupes de femmes (y compris les femmes enceintes et les mères allaitantes), les hommes et les personnes de diverses identités de genre ?
- Quelles sont les différences entre les sexes dans les résultats des vaccins chez les populations pédiatriques, et comment peut-on les intégrer dans les études de dosage, de formulation et de planification des produits destinés aux enfants ?

3. Prestation des services de santé

De quelle manière le genre influence-t-il les facteurs d'entrée, la qualité et l'utilisation des prestations de soins de santé pour les patients COVID-19 et non COVID-19 ?

- Quelle est l'efficacité des différents modèles de réorganisation des services visant à assurer la continuité des services de santé maternelle, de santé sexuelle et reproductive et de la lutte contre les violences basées sur le genre pendant la pandémie ?
- Quels modèles efficaces de prestation de services permettent de promouvoir les soins à domicile et de réduire la charge accrue et inégalement répartie des soins et du travail non rémunéré assuré par les femmes et les filles ?
- Quelles mesures (notamment en matière de sécurité, de rémunération, de logement et de transport) permettent de remédier efficacement aux inégalités de genre parmi les personnels de santé, qui ont été accentuées par la pandémie ?
- Quelles améliorations devraient être apportées aux systèmes d'information sanitaire pour communiquer des données ventilées par sexe et d'autres indicateurs intersectionnels permettant d'améliorer les services pendant et après la pandémie ?
- Comment les services individuels liés à la COVID-19 sont-ils payés/financés, et comment cela affecte-t-il l'accès aux services et la protection financière par genre ?

4. Déterminants sociaux et structurels

L'impact de la pandémie COVID-19 sur des déterminants sociaux et structurels spécifiques de la santé qui présentent des différences marquées selon le genre, tels que la violence basée sur le genre ; la répartition inégale, en fonction du genre, des revenus, des professions, du travail et des soins non rémunérés ; les normes sociales ; l'éducation ; et les déterminants environnementaux de la santé.

- Comment la prévalence, la gravité et la fréquence des différents types de VBG (y compris la violence en ligne) ont-elles évolué au cours des différentes phases de la pandémie COVID-19, et au niveau de chaque sous-groupe ?
- Les progrès réalisés par le passé au regard des indicateurs clés d'égalité entre les genres (proportion de femmes dans la population active, partage des responsabilités domestiques, mariages d'enfants, décrochages scolaires) ont-ils été effacés pendant la pandémie ?
- Comment la pandémie a-t-elle influé sur la stigmatisation, la discrimination et la marginalisation affectant différents groupes dans différentes régions et contextes, notamment les personnes LGBTQIA, les travailleurs du sexe, les personnes handicapées, les réfugiés, les demandeurs d'asile, les migrants, les sans-abris, etc. ?
- En quoi les fermetures d'écoles ont-elles eu un impact différencié sur les opportunités d'éducation des filles et des garçons, notamment en ce qui concerne les taux d'inscription, les taux de décrochage scolaire et les mécanismes d'adaptation des ménages (par ex. mariage d'enfants, travail des enfants) ?
- Dans quelle mesure les politiques et mesures de protection sociale des gouvernements ont-elles été efficaces pour réduire les inégalités entre les genres encore aggravées par la pandémie (y compris dans les ménages dirigés par des femmes) ?

5. Gouvernance en matière de genre et de santé dans le contexte de la COVID-19

Comprendre les relations entre les acteurs qui influencent le pouvoir et la prise de décision dans les systèmes de santé

- Dans quelle mesure la COVID-19 a-t-elle incité les politiciens et les communautés à s'engager pour agir sur les déterminants sociaux et économiques de la santé, notamment ceux liés au genre et à l'intersectionnalité ? Qu'est-ce qui leur a permis d'agir en ce sens ?
- Quel type d'éléments probants concernant le genre et la COVID-19 est nécessaire pour convaincre les décideurs, et pour quelle catégorie de décideurs (gouvernement, organisme donateur, etc.) ?
- Quelles sont les approches les plus efficaces pour intégrer avec succès de multiples secteurs dans la planification et la réponse face à la pandémie, et pour s'assurer que la dimension du genre occupe une place centrale tout au long de ces processus ?
- Dans quelle mesure des citoyens et des membres des communautés ont-ils été impliqués dans la mise en œuvre des mesures liées à la COVID-19 – en particulier parmi les populations marginalisées ? Quels sont les points de vue les plus écoutés et pour quelle raison, et quelles sont les implications pour les questions liées au genre dans le contexte de la COVID-19 ?
- Quels sont les meilleurs moyens d'assurer l'équilibre entre les genres et au niveau intersectionnel dans les organes de décision qui définissent les mesures adoptées en réponse à la COVID-19 ?